

Date 17/03/21

**Recherche de mutations dans l'ADN circulant**  
**Bon de commande**

Cadre réservé au Laboratoire

**Identification PATIENT**  
*(ou étiquette)*

Nom: .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe : F  - M

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

**Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR**  
*(ou tampon)*

Nom/ Prénom: .....

Coordonnées : .....

Tel/ Fax .....

**Autres correspondants à informer**

Nom/ Prénom: .....

Coordonnées : .....

Tel/ Fax .....

Code Ech : .....

N°Ech: .....

Nb tubes recus : .....

Type tubes : .....

Volume plasma : ..... mL

Date prév.extr : ..../..../..

DPI: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BM: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Renseignements Cliniques**

Date de prescription : ...../...../.....

Pathologie : .....

Stade avancé ou métastatique :  Oui  Non  Non connu

Nombre de sites métastatiques : ..... Merci de préciser : .....

Renseignements cliniques : .....

.....

.....

Le patient est il sous traitement ?  Non  Oui (préciser) .....

Le patient a-t-il déjà reçu un traitement ?  Non  Oui (préciser) .....

Prélèvement réalisé :

<input type="checkbox"/> Avant tout traitement	<input type="checkbox"/> Diagnostic
<input type="checkbox"/> En début de traitement	<input type="checkbox"/> Suspicion de rechute
<input type="checkbox"/> En cours de traitement	<input type="checkbox"/> Rechute
<input type="checkbox"/> Fin de traitement	<input type="checkbox"/> Progression
	<input type="checkbox"/> Progression lente

Motif de la prescription :  Biopsie impossible  Biologie moléculaire non contributive  Matériel tumoral épuisé

Autre (préciser) .....

**Analyse(s) demandée(s) :**

Biomarqueurs par NGS (voir liste du panel)	Mutations de résistance aux inhibiteurs	Autres Altérations
<input type="checkbox"/> Biomarqueurs <b>Poumon</b> <i>(EGFR, KRAS, BRAF, HER2, MET, PIK3CA)</i> <input type="checkbox"/> Biomarqueurs <b>Colorectaux</b> <i>(KRAS, BRAF, NRAS, MET, PIK3CA, TP53)</i> <input type="checkbox"/> Biomarqueurs <b>Mélanome</b> <i>(BRAF, NRAS, KIT, CTNNB1, GNAQ, GNA11, HRAS)</i> <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> Biomarqueurs (nous contacter ; préciser) : .....	<input type="checkbox"/> d' <b>EGFR</b> <input type="checkbox"/> p.T790M <input type="checkbox"/> p.C797S <input type="checkbox"/> Amplification de <b>MET</b>  <input type="checkbox"/> de <b>ALK</b> <input type="checkbox"/> Mutations du panel NGS ( <i>Exon 21 à 25</i> ) <input type="checkbox"/> Mutation monolocus (préciser) : .....	<input type="checkbox"/> <b>ERRB2</b> (p.S310F) <input type="checkbox"/> <b>FOXL2</b> (p.C134W)  <input type="checkbox"/> Autre mutation ponctuelle (préciser gène et locus) ..... <input type="checkbox"/> Autre Amplification (préciser le gène) ..... .....

Autre (nous contacter et préciser) : .....

Des mutations sont-elles déjà connues ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ?  **EGFR** (préciser) : .....  **KRAS** (préciser) : .....

**ALK** (préciser) : .....  Autre : .....

**Renseignements administratifs de demande d'analyses facturables (CCAM/RIHN ou LC)**

**1. IDENTIFICATION DE LA DEMANDE**

Référence\* de votre commande à transmettre pour l'identification : .....

\* cette référence reportée sur la facture identifiera la prestation réalisée par le Centre Léon Bérard.

**Renseignements obligatoires pour la demande d'analyse et la facturation**

A défaut l'ensemble des examens sera facturé à l'envoyeur

IDENTIFICATION DU PATIENT (mentions obligatoires)	IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT DEMANDEUR A FACTURER
Nom usuel: .....	Organisme demandeur : .....
Nom de naissance : .....	.....
Prénom : .....	.....
Date de naissance : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Adresse de facturation : .....
N°SS : 	.....
N° d'Identification Patient (NIP) dans la structure à facturer : .....	.....
Adresse : .....	Code Postal :             Ville : .....
Code Postal : _____ Ville : .....	Tel : ..... Fax : .....

A défaut (ou si des actes hors nomenclatures sont réalisés), le Centre Léon Bérard facturera au prescripteur l'ensemble des examens réalisés, conformément aux dispositions réglementaires applicables. Le prescripteur est donc responsable de la qualité et de l'exhaustivité des informations saisies et transmises, seules à même de garantir la facturation des analyses réalisées.

L'établissement du prescripteur s'engage à régler les analyses demandées suivant la facture au tarif RIHN ou Liste complémentaire.

**Régions ciblées par le Panel du kit Solid Tumor Solution v2 (Sophia Genetics) :**

1- Détection de mutations : AKT1 (3), ALK (21-25), BRAF (11, 15), CDK4 (2), CDKN2A (1-3), CTNNB1 (3), DDR2 (18), DICER1 (24, 25), EGFR (18-21), ERBB2 (8, 17, 20), ERBB4 (10, 12), ESR1 (5\*, 7\*, 8\*), EZH2 (16, 18), FGFR1 (12, 14), FGFR2 (7, 12, 14, 6\*), FGFR3 (7, 9, 14, 16), FOXL2 (1), FBXW7 (7-11), GNA11 (4,5), GNAQ (4, 5), GNAS (8), H3F3A (2\*), H3F3B (2\*), HIST1H3B (1), HRAS (2-4), IDH1 (4), IDH2 (4), KIT (8-11, 13, 17, 18), KRAS (2-4), MAP2K1 (2, 3), MET (2, 14-20), MYOD1 (1), NRAS (2-4), PDGFRA (12, 14, 18), PIK3CA (2, 3, 6\*, 8, 10, 21), PTPN11 (3), RAC1 (3), RAF1 (7, 12, 10\*, 13\*, 14\*, 15\*), RET (11, 13, 15, 16), ROS (38\*, 41\*), SF3B1 (15-17), SMAD4 (8-12), TERT promoter\*, TP 53 (full)

Exons +/-10pb, (\*) Hotspots

2- Détection d'amplification : ALK, BRAF, CDK4, CDKN2A, DDR2, EGFR, ERBB2, ESR1, FBXW7, FGFR1, FGFR2, FGFR3, HRAS, KIT, KRAS, MDM2, MET, MYC, MYCN, MYOD1, NRAS, PDGFRA, PIK3CA, RAF1, RET, ROS1, SF3B1, TERT, TP53

**Tarification RIHN des analyses :**

Pour une analyse par panel NGS		Code acte	Libellé de l'acte de la liste complémentaire	Valorisation	Liste
		N452	Forfait séquençage haut débit (NGS) < 20 kb	882,90 €	RIHN
Pour une analyse ciblée		Code acte	Libellé de l'acte	Valorisation	Liste
		N408	Recherche et/ou quantification au diagnostic <b>par locus</b>	113,40 € <b>par locus</b>	RIHN
Altération recherchée	T790M	T790M + amplification MET	T790M + C797S	T790M + C797S + amplification MET	Mutations de résistance ALK
Nombre de loci	2	3	3	4	4

**Fiche de liaison:  
Recherche des altérations génomiques dans l'ADN circulant**

**Identité du patient (étiquette)**

**20mL de sang prélevés sur tubes Vacutainer® :**

<p><i>Tubes Vacutainer</i> <b>EDTA</b> <i>Bouchon violet</i></p>  <p>2x10mL ou 4x 6mL ou 6x4mL ou 10x2mL</p>	<p><i>ou</i></p>	<p><i>Tubes Vacutainer</i> <b>cell free ROCHE</b> <b>Bouchon blanc-beige</b></p>  <p>3x 8mL</p>	<p><i>ou</i></p>	<p><i>Tubes Vacutainer</i> <b>cell free STRECK</b> <b>Bouchon noir&amp;beige</b></p>  <p>2x10mL</p>
<p><b>A nous faire parvenir de préférence dans les 4 heures</b></p>	<p><b>A nous faire parvenir au plus tard dans les 48 heures</b></p>	<p><b>A nous faire parvenir au plus tard dans les 48 heures</b></p>		

- 1- Une fois le prélèvement réalisé, mélanger immédiatement par inversion 8 à 10 fois le tube.
- 2- Insérer dans pochette de transport :
  - \* les tubes identifiés avec les étiquettes-patient
  - \* la fiche de liaison complétée, la feuille de prescription, la fiche de facturation complétée, et 2 étiquettes-patient.
- 3- Appeler le laboratoire (**Ouvert du lundi au vendredi de 8 h à 17h30**) pour prévenir de l'envoi au CLB de tubes de sang pour recherche de mutation :
 

**Technique** : Isabelle IACONO, Stéphanie BREJON, Gabriel MARCEL (Tel : 04 69 85 60 81)  
**Biologiste** : Valérie COMBARET (Tel : 04 78 78 26 94)

**Adresse de livraison** : Dr A. Buisson  
 Laboratoire de Biopathologie, Bâtiment CHENEY B, 2<sup>ème</sup> étage  
 Centre Léon BERARD, 28, rue Laennec, 69373 LYON cedex 08

*Remarque : le prélèvement doit être adressé le plus rapidement possible à température ambiante.*

*A compléter par le préleveur*

*A compléter par le technicien*

Date de prélèvement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Heure de prélèvement : \_\_\_h \_\_\_mn

Nom du préleveur :

Signature du préleveur :

Date Réception : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Heure de congélation : \_\_\_h \_\_\_mn

Nom du technicien:

Signature du technicien :